

Editoriale

GIAN GIACOMO ROVERA

PATIENT-THERAPIST MATCHING

Il P.T.M. nei trattamenti adleriani

I. *Matching*

1) Matching è una locuzione che qui non indica una *competizione*, ma che si riferisce ad un processo psicoterapeutico di *cooperazione* attraverso il quale avviene la relazione [1]. In una accezione psicopatologica rivisitata [2], il **matching** riguarda, pertanto, sia il **campo di gioco** [3], ma soprattutto lo **Stile** dei protagonisti del match: ovvero il **paziente** e il **terapeuta, che si mettono in movimento tra loro**.

Esso può indicare un abbinamento *coordinato e paritario*, nel senso delle dignità dei partecipanti, ma asimmetrico, in quanto il terapeuta ha uno **status-ruolo** diverso dal suo paziente [4]: è uno scambio comunicativo di crescita e sviluppo, una proposta di un percorso che tende a portare entrambi gli individui in gioco ad essere **co-protagonisti** (vedi Par. III).

Questa configurazione concettuale, sottolinea che il processo di cura è influenzato sia dal paziente sia dal terapeuta [5]. Entrambi “*come persone reali*” vengono a costruire un legame attinente alla **coppia psicoterapeutica**. Infatti, con il loro Stile personale, portano nell’incontro con l’Altro, non solo il loro “*corpo*” nel senso di **Körper** e di **Lieb** [6], ma pure il loro retaggio psicologico, culturale, etico, professionale che si traducono verso una **dinamica gestaltica** tra:

- **Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti del terapeuta** che si combinano col mandato di operare tramite oggettività, fornitura di presenza ed incoraggiamenti.

[1] ROVERA, G. G. (2014), Competizione/Cooperazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 5-16.

[2] ANDERSON, L., CARTER, J. H. (1982), Psychotherapy: patient-therapist matching reconsidered, *Journal of the National Medical Association*, vol. 74, n. 5: 461-464.

[3] LEWIN, K. (1935), *A dynamic Theory of Personality*, McGraw Hill, New York.

[4] GUY, J. D. (1994), *The personal life of the psychotherapist*, tr. it. ROVERA, G. G. (a cura di), *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*, CSE, Torino, 1994, pp. 217-291.

[5] ANDERSON, L., CARTER, J. H. (1982), *Ibidem*.

[6] JASPERS, K. (1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1964.

- **Contro-Atteggiamenti e Atteggiamenti del paziente** che si traducono in richieste di cambiamento e in attese di coinvolgimento empatico.

Qualora l'incontro tra due individui in terapia venga considerato solo una rappresentazione degli stessi e non un **incontro reale** specifico, le variabili inerenti a queste dinamiche possono condurre a ricerche impraticabili di dubbia scientificità e a discutibili interventi clinici.

Interventi e Ricerche dovrebbero, quindi, riferirsi alla complessità del matching tra pazienti e terapeuti e quindi, oltretutto al registro fantasmatico anche al registro reale. Difatti la **coppia terapeutica** pone in evidenza una profonda relazione condivisa che si differenzia dai "criteri della terapia standard" [7].

2) In altre parole, il **P.T.M.** si costituisce con **finalità terapeutiche** con le regole del setting ma pure con quelle del **movimento dei giocatori in campo**. Ciò significa che lo **stile terapeutico** influisce nei rapporti con lo **stile del paziente** attraverso le dinamiche **interindividuali** dell'**Atteggiamento/Contro-Atteggiamento (A - C.A.)**.

Tali dinamiche sono da intendersi come la risultante teorica-operativa del terapeuta, e quindi pure del transfert del paziente e del controtransfert dell'analista [8]: ma intrecciato come incontro reale [9] e partecipato da entrambi i componenti della coppia psicoterapeutica.

3) Le nozioni di **Atteggiamento (A.)** e di **Contro-Atteggiamento (C.A.)** sono da intendersi come **movimenti gestaltici** che si riscontrano (con modulazioni o meglio con "investimenti psicologici" e finalità diverse), sia nell'Analista che nell'Analizzando.

Se nel **campo analitico classico** le dinamiche del *transfert* sono focalizzate sul paziente e quelle del *controtransfert* sono focalizzate sul terapeuta [10, 11]: nella **relazione diretta e reale** dei protagonisti del matching i due **co-protagonisti** del percorso terapeutico realizzano dinamiche dell'**Atteggiamento (A.)** e del **Contro-Atteggiamento (C.A.)** che si possono alternare sebbene a livelli differenti, e talora quasi speculari [12].

Basti pensare che già all'inizio della psicoterapia il cosiddetto **atteggiamento di apertura** del terapeuta ed il **Pre-Contro – Atteggiamento di richiesta di aiuto** del paziente si intrecciano in uno dei **nodi** della *rete interattiva pragmatica* [13] inerendo con reciprocità: sia sul **registro esistenziale del reale** sia sul **registro transferale/controtransferale del fantasmatico**.

[7] BERTI CERONI, G. (2005), *Come cura la Psicoanalisi?*, Franco Angeli, Milano.

[8] FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino, 2002.

[9] WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psych.*, 14: 270-277.

[10] RYCROFT, C. (1968) *Critical Dictionary of Psychoanalysis*, tr.it *Dizionario Critico di Psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1970.

[11] LALLI, N. (1999) *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli.

[12] ROVERA, G. G. (2016), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78.

[13] ROVERA, G. G. (2015), Riduzionismi e non, *Riv. Psicol. Indiv.*, 77: 17-65.

4) Nel **matching terapeutico**, sono le **similitudini** che meglio rappresentano il rapporto, talora simbolico, tra lo psicoterapeuta e il suo cliente/paziente. Le più comuni fra queste sono: quando il terapeuta venga sussunto come surrogato delle funzioni materno-paterna (o venga identificato persona affidabile di riferimento dal paziente). Inoltre si citano altri accostamenti: il centauro Chirone (quale guaritore ferito); il filosofo socratico (quale maieuta); il buon samaritano (quale soccorritore degli infermi); lo sherpa (quale portatore/guida che aiuta l'alpinista a raggiungere la meta); il guru (che istruisce il discepolo), etc.

Tali figurazioni suggeriscono l'importanza della confluenza tra il rapporto fantasmatico con quello reale [14].

II. Campo e Relazione Reale

1) Nel contesto del Setting quale Campo nel significato conferitogli da Lewin [15] e della Gestalt Theory [16], modelli ampiamente accolti dalla Psicologia Individuale [17, 18], i co-protagonisti del matching giocano quindi la loro partita nel contesto fattuale con caratteristiche riferibili, ad esempio:

- all'ambulatorio medico-psicologico, allo sportello di consultazione, allo studio specialistico privato;
- al tipo di "distanza" tra terapeuta e cliente/utente;
- al "tempo" delle sedute e della frequenza delle stesse.

È indubbio che la "prossemica", (in semiologia) non si limiti alle posizioni di una distanza fisica ma anche psicologica e relazionale; e pure nell'accordo sui tempi e sulle scansioni interagiscono non solo i modelli teorico pratici, ma anche i fattori di realtà, i termini delle richieste, delle aspettative, degli elementi economici, etc.

2) Qualora si prenda a riferimento lo schema adleriano, esso si articola nelle Tre Aree delle Relazioni di Aiuto [19]: Psicopedagogico, di Consulenza e di Psicoterapia strutturata. Si privilegia qui il terzo filone e cioè la Revisione dello Stile di Vita nel suo uso psicoterapeutico-clinico.

Considerata l'importanza della relazione reale (garantita da regole professionali e deontologiche) non sembra fuori luogo proporre un ulteriore approfondimento circa il **patient-therapist matching** [20].

[14] DE MARTIS, D. (1980), Realtà, fantasma e conoscenza nell'incontro paziente-psichiatra, in TRENTINI, G. (a cura di) *Manuale del colloquio e dell'intervista*, ISEDI Arnoldo Mondadori Ed., Milano, 1980, cap. 12.

[15] LEWIN, K. (1935), *Ibidem*.

[16] HARTMAN, G. W. (1935), *Gestalt Psychology*, Harpor, New York.

[17] ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, G. Martinelli & C., Firenze, 1997.

[18] SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1988), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Franco Angeli, Milano, 2008.

[19] ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni di aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.

[20] ANDERSON, L., CARTER, J. H. (1982), *Ibidem*.

Nelle configurazioni concettuali ciò permette di situare questa competenza in una **rete interattiva e pragmatica** [21] e di riferirla ai protagonisti della relazione terapeutica, nei punti cruciali della rete, vale a dire rispetto:

- alla catexis ed all'anti-catexis (investimento o controinvestimento emotivo-psicologico)
- alle dinamiche transferali/controtransferali
- agli aspetti interindividuali del matching.

Tutto ciò porta ancora una volta a riflettere sul “**campo relazionale**” della terapia, non come terreno di battaglia o di contrasto, ma come campo di gioco nel quale si svolge gestalticamente un matching di cooperazione e di confronto, in cui le situazioni dinamiche di A. e C.A. assumono densità di significati specifici, non sempre identici ma non subalterni ad una situazione di determinismo rigido.

Essi sono riferibili ad una **partita esistenziale**, in cui i partecipanti o i co-protagonisti si attengono alle regole con degli **status-ruoli differenti** finalizzate ad un cambiamento per mezzo di elementi Cooperativi e Creativi [22].

III. Legge del movimento e Rete Pragmatica

1) Come è noto, Alfred Adler attribuisce nella **terza proposizione della vita psichica** caratteristiche di **Movimento verso un fine**. I processi psichici e quindi quelli che si attuano nel **matching terapeutico**, sono per la Psicologia Individuale caratterizzati da **dinamismi** che fanno parte dell'*esistenza* e del *life span* individuale.

Il **P.T.M.** ha il compito di assolvere **quattro funzioni**: 1) la raccolta e lo scambio di informazioni finalizzata a comprendere i problemi di salute e di vita del paziente; 2) la sua “storia” e il motivo della consultazione; 3) la realizzazione di una Alleanza Terapeutica, attraverso la dinamica delle emozioni e dei vissuti del paziente; 4) l'educazione alla cura ed alla prevenzione di disturbi futuri.

- Allo **status-ruolo del Terapeuta**, si richiede la “competenza” nella relazione col Paziente, quale mezzo importante per la **Revisione dello Stile di Vita**: così da costruire attraverso il fulcro del colloquio un rapporto di reciproca fiducia e stima. Essa costituisce uno strumento conoscitivo ed emotivo primario sia per la raccolta approfondita di informazioni, sia per la definizione diagnostica, sia per la successiva appropriatezza dell'intervento terapeutico.

[21] ROVERA, G. G. (2015), *Ibidem*.

[22] ROVERA, G. G. (1984), *La zona cuscinetto: aspetti del problema della distanza nel fobico*, (Acta Psicot. Med., Savona 1982), *Sinchetto e Massazza*, Torino.

- **Allo status-ruolo del paziente**, si richiede la “cooperazione” nella relazione col terapeuta (ciò costituisce spesso l’elemento che, attraverso il proprio “schema appercettivo” interagisce con la professionalità ed anche l’umanità del suo terapeuta). Il paziente, in genere, non può basarsi tanto su dati “oggettivabili” e di laboratorio: quindi, il suo **Atteggiamento (A)** di richiesta d’aiuto, si intreccia col proprio **Contro-Atteggiamento (C.A.)**: anche in rapporto alle modalità e quindi all’**Atteggiamento Reale (A)** con cui l’Analista si pone nei confronti delle sue aspettative (di essere preso in cura, di essere ascoltato, compreso ed incoraggiato).

2) Di fatto, un “**Atteggiamento di apertura**” del terapeuta, si modifica anche nella misura in cui vi è una consapevolezza dei “movimenti successivi” nel matching, assumendo così la caratteristica, da parte dell’Analista, di un **Contro-Atteggiamento**. Ciò dipende non solo dal livello delle richieste di cura da parte del Paziente e dalla sua emotività espressa, ma pure dalle risposte adeguate sia a livello di registro di realtà (partecipazione, immedesimazione e finalità della terapia): sia a livello di “ascolto analitico”, di chiarificazioni ed interpretazioni circa le **dinamiche transferali/controltransferali**.

Inoltre lo stesso *matching* essendo costituito da una **rete interattiva pragmatica** [23], pone l’**Atteggiamento del terapeuta**, oltre che sul piano del reale nel confrontarsi con situazioni psicopatologiche, a livello degli investimenti transferali del paziente anche di fronte ai **propri vissuti individuali (cioè agli Stati interni)**.

3) Tenuto conto della complessità degli **orientamenti relazionali** [24, 25] che caratterizzano il matching, emergono ulteriori riflessioni:

- sui riferimenti epistemologici che diano rilevanza tanto alla realtà interindividuale quanto a quella dinamica profonda [26];
- sulle valenze psicoterapeutiche comunicative negli scambi verbali e non verbali, tra relazione reale, interindividualità e interazione fantasmatica;
- sui diversi aspetti che caratterizzano la psicopatologia del paziente;
- sulle tecniche da impiegarsi nell’ambito del “campo terapeutico”.

Il **patient-therapist matching**, nel corso della “*partita*” deve inoltre tener conto degli **strumenti per valutare il cambiamento**, tenuto in considerazione gli specifici aspetti che caratterizzano il **finalismo dei sintomi**.

4) La **molteplicità di variabili** legate al matching (credenze, emozioni, atteggiamenti, comportamenti), può influire sulla qualità della interazione e generare difficoltà cir-

[23] ROVERA, G. G. (2015), Ibidem.

[24] MICHEL, L. (1999), Des Stéréotypes culturels au transfert-contre-transfert dans la relation psychothérapique interculturelle. *Psychothérapies*, 19, 4: 247-255.

[25] ROVERA, G. G. (2015), Ibidem.

[26] BERTI CERONI, G. (2005), Ibidem.

ca l'**Atteggiamento adeguato dello psicoterapeuta** (posizione empatica di ascolto attento e partecipazione non giudicante): soprattutto nei confronti dei **movimenti** che possono mobilitare il **Contro-Atteggiamento dei pazienti** (ivi comprese le dinamiche transferali): il che, come sottolineato in precedenza, può dinamicamente mobilitare un **ribaltamento gestaltico** riguardo sia al **Contro-atteggiamento** del Terapeuta che l'**Atteggiamento** del Paziente.

Da **punto di vista dei criteri fattuali**, diviene quindi essenziale tenere conto delle finalità perseguibili attraverso gli strumenti psicoterapeutici. Inoltre, partendo dal presupposto che la complessità dell'interazione tra paziente-terapeuta difficilmente può essere colta da un sistema di classificazione univoco (per quanto articolato possa essere), è basilare la consapevolezza del terapeuta che, nel **matching**, sia considerata la *variabilità gestaltica* di queste dinamiche.

IV. Contributi

I quattro Contributi originali del numero 78 della Rivista si correlano in significativi aspetti, sebbene con modalità differenti, all'argomento dell'Editoriale.

1. Il primo articolo (del sottoscritto) dal titolo "**Lo Stile Terapeutico**", pone l'accento sull'intreccio fra le nozioni di Stile di Vita, di Analisi dello Stile di Vita e di Stile Terapeutico, ponendo anche l'accento sull'**Atteggiamento** e **Contro-Atteggiamento**, e quindi anche sulla **Relazione Reale** tra il cliente ed il terapeuta (temi, questi, tratteggiati già nell'Editoriale).

Il termine **Stile di Vita**, nel contesto del modello teorico-pratico adleriano, ha un'importante configurazione specifica, sebbene con sfumature di significato diverso (Ansbacher R. e H., 1950; Parenti, Rovera et alii, 1975). Esso viene ripreso anche nei trattati di Psichiatria e Psicologia, collocandosi nella "posizione" dello studio dell'individuo. Nel *Compendio di Psichiatria Bio-Psico-Sociale*, secondo Fassino et Al. consolidano la concezione di Sé/Stile di Vita, realizzando una contestualizzazione di questa nozione con il concetto di personalità.

Lo Stile di Vita è unico ed irripetibile ed incomincia a formarsi nell'individuo sin dalle prime fasi dello sviluppo, che sono poi decisive per le successive evoluzioni della personalità rispetto alle tre aree realizzative: affettiva/sessuale; studio/lavoro; sociale/culturale.

L'**Analisi dello Stile di Vita** può essere impiegata (anche a scopo di valutazione diagnostica) in tutte le Relazioni d'Aiuto Adleriane e ancor più nelle Psicoterapie, supportando uno **Stile Terapeutico** riguardo a modalità più **appropriate**, attraverso il Sé

creativo, che si attua nei Percorsi Strutturati Terapeutici.

Il **matching** tra paziente e terapeuta, si radica sullo Schema Relazionale, il quale comporta confluenze tra **Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti** che attengono sia alla cosiddetta “*Relazione Reale*”, sia ai “*rapporti di status/ruolo*”, sia alle “*dinamiche transferali/controtransferali*” (in un’ottica gestaltica).

Lo **Stile Terapeutico adleriano** offre spunti di riferimento e di riflessione, non solo circa i *fattori comuni* e i *tratti specifici* dell’analisi, ma pure riguardo agli aspetti derivanti dalle metodiche acquisite (il “*fare come*”) e dagli spunti di co-creatività terapeutica (il “*come fare*”). E ciò in rapporto anche alla *legge del movimento* adleriana, che viene qui riferita a *percorsi longitudinali terapeutici (life-span-therapy)*.

2. Il secondo articolo, di **Egidio Marasco**, dal titolo “*Dostoevskij*”, si attiene, infatti, in qualche modo all’argomento “*patient-therapist matching*” per una delle sue più importanti componenti: quella che riguarda la compartecipazione profonda con l’Altro, un sentimento sociale empatico, nonostante che qui riguardi in modo traslato un eventuale approccio pre-diagnostico (come emerge anche dal “*Case Report*” di Adler: *Die Technik der Individual Psychologie*, 1928, tr. fr. Le “*journal*” de Claire Macht. *Technique de la psychologie individuelle* compareè, Pierre Belfond, Paris 1981).

Dostoevskij, basandosi sulla similarità e compatibilità fra l’Autore ed i suoi personaggi, in una sorta di *matching letterario*, penetra l’animo umano esplorando i suoi più intimi recessi con tanta acutezza “*come se*” avesse avuto la competenza di una vera e propria immedesimazione empatica.

Nota Marasco che Adler traccia il ritratto, anche qui quasi come se fosse un’*Analisi dello Stile di Vita*, di questo gigante della letteratura rilevando le sue grandi sofferenze di uomo, cogliendone a pieno il suo genio poetico, le vette delle sue motivazioni etiche e i cardini della sua *karamazvščina psihologija*.

Una delle caratteristiche di Dostoevskij è l’interesse verso gli *Umiliati e offesi* (1861), a cui dedicò una particolare attenzione, verso i bambini, i sofferenti ed i diseredati. Anche nella Katorga (il penitenziario dove era stato rinchiuso per cause politiche), Egli continuava a voler capire che significato potesse assumere la detenzione, per trovare i nessi causali e il senso della vita.

«La bugia – dice Dostoevskij in *Delitto e castigo* (1866) – è l’unico privilegio dell’uomo di fronte a tutti gli altri organismi viventi. Mentendo si arriva alla verità! Sono uomo perché mento!» (3, vol. I, p. 471). Non si mente solo con le parole ma anche con quanto si riesce artisticamente a mettere in scena della vita (L’idiota, 1869, 3, vol. I, p. 937). Altre considerazioni di Dostoevskij sulle capacità di mentire anche a sé stessi sono riportate nelle note sulla **volontà di potenza** all’ultimo Paragrafo (*I demoni*, 3, vol. II, p. 110).

- Commenta Marasco quanto sia possibile tracciare parallelismi e convergenze col pensiero di altri filosofi e psicologi e, soprattutto, con la teoria del “*come se*” di

Vaihinger e quella delle *finzioni* di Adler.

I suoi amici spesso riferivano come Dostoevskij fosse affascinato dal *sentimento del limite* (Grenzgefühl) che può trasformarsi in *sentimento di colpa* (Schuldgefühl), ma può valicare anche i limiti del *sentimento sociale* (Grenze des Gemeinschaftsgefühl). Dostoevskij presenta numerosi *primi ricordi* e, commentandoli, anticipa quanto dirà poi lo stesso Adler: «A questo proposito ho già accennato che egli [Alëša], rimasto senza la mamma a soli quattro anni, si rammentò di lei per tutta la vita, del suo volto, delle sue carezze, ”proprio *come se* fosse davanti a me”, diceva. Ricordi simili possono restare impressi in età ancora più tenera (anche dai due anni in poi), ma nel corso della vita essi riaffiorano, come pezzetti staccati di un grande quadro, il quale è ormai quasi tutto cancellato e svanito.

Anche se mettiamo in rilievo il fatto che il pensiero di Dostoevskij si radicasse nel contesto culturale del panslavismo, ciò non contrasta con la sua intuizione di poter *utilizzare gli errori per pervenire alla verità*. Nel discorso in memoria di Puškin (1880), contenuto nel suo *Diario di uno scrittore*, Dostoevskij tenta di sintetizzare e di armonizzare le tesi degli occidentalisti con quelle dei panslavisti. Egli scrive: «*Anche l'uomo deve cercare la sua formula e la trova nella prontezza a soccorrere gli altri* (Hilfberetschaft) *e nella sua dedizione al popolo* (Hingabe aus das Volk)». In questo modo, guardando dentro di sé, riesce a risolvere l'enigma della vita e a ricercare Dio, che percepisce intensamente proprio in sé stesso.

In un'occasione ebbe a dire: «Io non sono uno psicologo. Sono un realista!»: ed è qui che egli radica i principi su cui si basa la **vita sociale** (Undergrunde des gesellschaftlicher Lebens) e riesce a trasmettere ciò che gli adleriani definiscono come *sentimento sociale* (Gemeinschaftsgefühl).

La vita di ogni persona si evolve secondo un inimitabile **Stile di vita**: è questo uno dei cardini del pensiero di Adler (1907) che Dostoevskij, e per analogia Antonovič ne *I fratelli Karamazov* (1880), dice che questo è un “trattato di personaggi” che, con i loro monologhi, esprimono un pensiero mistico-ascetico e sottolinea comunque che ogni personaggio ha caratteristiche e connotazioni corrispondenti a Stili di Vita.

- Marasco fa emergere anche l'originale formulazione di Dostoevskij del concetto di *famiglia casuale* considerando che ogni membro, nel suo isolamento, vive per se stesso, inculcando anche nei figli una tendenza a tale isolamento che può portare più all'egoismo che alla *convivenza umana*.

L'approccio di Dostoevskij all'*ermeneutica del sogno* rielabora, ad esempio, il concetto che nessuno sarebbe in grado di agire senza una *meta* e senza che si profili il traguardo del suo agire.

Adler considera il contributo portato da Dostoevskij alla Psicologia, anche rispetto ai valori dell'**etica**, dove emerge come l'*aspirazione alla superiorità* si debba integrare con la *percezione empatica* del prossimo: indipendentemente dal fatto che essi siano l'*Altro della fraternità*, *degli orfani-parricidi* o l'*Altro del Cristo russo che si fa prossimo*.

La minuziosa *Analisi (dello Stile di Vita)* dei protagonisti dei romanzi di Dostoevskij avvalorata la congettura adleriana che pensieri, vissuti e sentimenti possano essere oggetto di esperienza psicodinamica: dal momento che la loro confluenza armonica a un fine permette di conferire un significato ai dinamismi della psiche e quindi agli Stili di Vita individuali.

Da sottolineare che il Contributo di Marasco è impreziosito da numerose e puntuali **notazioni critiche**.

3. Il terzo articolo, di Giovanni Abbate Daga, dal titolo “A proposito della relazione terapeutica”, si riferisce alle Psicoterapie Psicodinamiche, che fondano la loro efficacia sui molteplici aspetti non sempre facili da distinguere e da descrivere.

Egli si rivolge innanzitutto ai critici che definiscono le **terapie psicodinamiche** come una numerosa aggregazione familiare, talora disfunzionale. Gli *studi di metanalisi* invece dimostrerebbero che le psicoterapie dinamiche siano efficaci in quasi tutti i disturbi mentali: sarebbero avvalorate anche da recenti *studi neuroscientifici* che sottolineano come esse modifichino con beneficio la *funzionalità dei circuiti cerebrali*.

- La prerogativa della psicoterapia dinamica è il porre al centro **l’umana soggettività, l’unicità dell’individuo, la tendenza alla comprensione nella complessa rete di relazioni** tra l’individuo, il suo ambiente – interno ed esterno – ed il terapeuta. Ciò costituisce al medesimo tempo il difficile compito di dipanare la matassa dei dinamismi del *processo terapeutico*.

L’Autore sottolinea che nel trattamento, *il terapeuta utilizza alcuni aspetti della sua personalità*, che includono la propria firma individuale, come persona non rigidamente ingabbiata nel ruolo professionale. Le parole e le azioni del terapeuta infatti non possono essere totalmente ritualizzate ed asettiche, ma vanno finalizzate a cogliere la singolarità di quel “preciso” momento con quel “preciso” soggetto nel contesto della relazione terapeutica. Quel *“qualcosa in più dell’interpretazione”* diventa quel lievito che solo la *centralità della relazione* può aggiungere al bagaglio del terapeuta. L’analisi dell’inconscio, dei deficit e dei conflitti, delle rappresentazioni interne delle relazioni significative, dei sogni, dei meccanismi di difesa, dei personali significati si giocano all’interno di una scena (il *setting*) che è *incontro tra due soggetti prima ancora che definizione di regole*.

Il lavoro del terapeuta è al contempo lavoro nella relazione e lavoro sulla relazione e fornisce alcuni spunti di riflessione sulle peculiarità e sulle stesse crisi del *ruolo professionale* dello psicoterapeuta in un periodo di avanzamenti scientifici.

- Il *setting* per gli adleriani fa parte di quella contestualizzazione simile alla *funzione materno-paterna* nella quale il terapeuta è con il paziente per essere con lui: per comprendere e capire, per co-costruire un racconto delle sue vicissitudini e per dare

un senso alle sue sofferenze. Il *setting* è quindi *diverso da un comune “rapporto-tra-persone”* in quanto si crea uno *spazio per il “gioco” analitico*, in cui è favorito l'emergere dell'inconscio.

Anche il *momento della fine della seduta* reca con sé molteplici variazioni e un agglomerato di significati impliciti. Come è stata terminata la seduta, come abbiamo salutato il paziente, come abbiamo risposto alle sue richieste di “accompagnamento” e alle paure di separazione, come abbiamo tollerato o meno il prolungamento imprevisto di seduta: tutte queste domande riguardano quello “spazio” quasi funzionalmente *fuori* dal *setting*, ma ancora *dentro* il contesto terapeutico.

Anche *ritualità e spontaneità* si intrecciano e si influenzano reciprocamente all'interno della psicoterapia: *da una parte* le regole, gli aspetti tattici e strategici progettati e in qualche modo guidati dalla tecnica terapeutica: *dall'altra parte* le continue variazioni, digressioni, percorsi della coppia terapeutica fino a momenti “creativi” che irrompono nel *setting* senza infrangerlo.

In tal senso, l'**apparente aporia** tra impostazione tecnica e spontaneità del terapeuta non va vista come una dicotomia, ma come un *legame dialogico* tra due poli che si intrecciano per creare uno spazio curativo.

Nell'affrontare la questione dell'*autenticità nella relazione terapeutica*, Abbate Daga sostiene che l'incontro psicoterapico richiede uno *sforzo di sintonizzazione*. L'autenticità è pertanto *più una disposizione all'autenticità* che tiene insieme quel contesto generato dall'*incrocio tra realtà, verità e bugia*.

- Un importante *fattore terapeutico* risiederebbe soprattutto nel considerare le ripercussioni di quello che facciamo. In riferimento specifico agli studi di Secondo Fassino, il *lavoro sulle resistenze*, **tema centrale** di una psicoterapia, non ha il fine di *scoprire* verità, ed attraverso le interpretazioni smaschera le mete fittizie, le “*costruisce*” con il paziente in quel movimento che è alla ricerca di un *senso della vita* autentico.

- L'*empatia* nella relazione terapeutica è un “fenomeno emotivo e cognitivo che consiste nella capacità di comprendere le esperienze interiori altrui e di comunicare tale comprensione”, grazie alla traccia emotiva che le esperienze precedentemente vissute hanno lasciato e che vengono riattivate nella terapia in risonanza con emozioni simili. Circa il *concetto di empatia*, ed in riferimento alle acquisizioni delle Neuroscienze, Abbate Daga si domanda se vi possa essere un vero e proprio “*contagio empatico*” che assumerebbe connotazioni terapeutiche, se non dopo una *formazione del profondo* del terapeuta.

È pertanto più che ragionevole valorizzare l'interdipendenza tra il funzionamento mentale del paziente e quello del terapeuta quale *funzione basilica* dell'empatia nella relazione terapeutica.

Il terapeuta deve accogliere il paziente anche nel suo *bisogno di non essere accolto e di non essere capito* in una sorta di **paradosso dell'empatia**.

Questo aspetto riguarda sia il *doppio legame* tra terapeuta e paziente, sia la rottura o meno, o comunque le eventuali alternanze, dell'**Alleanza terapeutica**. Sembrerebbe che il terapeuta debba saper mantenere una buona “andatura di bolina” in relazioni terapeutiche difficili, utilizzando una “*cautela empatica*”.

Giacché la relazione terapeutica non è esente da pericoli è indispensabile *essersi formati* e negli anni *proseguire una supervisione* per avere maggiori possibilità di gestire le vicissitudini del rapporto curativo.

- Il Contributo di Abbate Daga si inserisce appieno nel tema della **Relazione Terapeutica** come *matching* tra paziente e terapeuta. Ciò avvalorata, teoricamente e clinicamente, non solo le complesse procedure della relazione terapeutica ed i fattori terapeutici che riguardano le vicissitudini del “coinvolgimento empatico”, ma pure l’importanza dell’“umana soggettività” del terapeuta che è posto al centro della specifica competenza, formazione, supervisione nonché creatività.

4. Il quarto articolo, di **Franco Maiullari**, dal titolo “*Una conclusione analitica inattesa*”, consiste in una **psicoterapia adleriana interculturale** in cui emergono le *tre aree* realizzative dell’individuo (affetti e sessualità, studio o lavoro, aspetti sociali e culturali).

La **tipologia matching terapeutico** è riportata in modo narrativo. Il *paziente* gli è annunciato telefonicamente dal *marito* (dal che emerge l’orientamento sessuale del soggetto) con la richiesta ad occuparsi di un uomo di origine orientale, ingegnere informatico, che parla inglese e un poco di italiano, il quale presenta delle difficoltà psicologiche e un calo dell’umore.

La relazione analitica è improntata alla collaborazione ed al coinvolgimento: la dinamica appare quella di una *cultura orientale*, legata al “dovere”. Il paziente dice che *deve tutto alla madre* e al suo desiderio di fare del figlio “qualcosa di grande”. Per la madre si è trattato di crescere un figlio mitico, un figlio finzione, perfetto: da realizzare con un lavoro educativo fatto di sacrifici e di impegni costanti proiettati sul futuro di quell’unico figlio maschio.

- L’analisi mette in evidenza le **radici culturali** del paziente e molti **ricordi infantili**. Il primo di questi risale a tre anni e si riferisce alla morte della nonna materna ed al suo funerale.

Gli anni della scuola media sono ricordati come *anni terribili*, traumatici, a causa di un docente che usava dei metodi violenti. Il peggiore dei ricordi negativi si riferisce alla *bocciatura all’esame finale di scuola media*, con riprovazione da parte della madre e vissuto “come se” fosse una sorta di “cacciata dal Paradiso Terrestre”: in un vortice intriso di tradimento, ripudio, vergogna, colpa, fallimento.

- All’inizio dell’analisi la situazione personale si presenta precaria in **tutti i compiti vitali**. Il paziente è insoddisfatto e non sa cosa fare: se separarsi dal “marito”, se cam-

biare “lavoro”, se ritornare nel suo “Paese”. Si sente in colpa verso i suoi e fallito verso se stesso. Vi è un bisogno continuo di approvazione da parte dei superiori, e specie della madre, che sente sempre insoddisfatta nonostante egli continui ad ottemperare ai suoi “doveri” di figlio.

Il paziente nell’*hic et nunc* ha l’impressione di essere incatenato ad un destino ineluttabile e giunge ad avere questa fantasia: “Magari mi sentirò libero quando i miei moriranno”.

Il paziente prende coscienza sempre maggiore di non aver vissuto ciò che avrebbe desiderato, ma di aver vissuto i desideri degli altri in modo conflittuale. Il suo fragile Sé/ Stile di Vita, in fondo, è sempre ferito ed egli lo vede riflesso nello sguardo degli altri. Gradualmente impara a gestire i conflitti sul lavoro, senza aggredire e senza scappare.

- Durante il secondo anno di analisi avviene un **episodio importante**. Il paziente è impegnato nella definizione di un lavoro innovativo: il nuovo programma informatico è stato ben preparato e si dimostra efficiente. Per quanto abbia ricevuto i complimenti della Direzione, il paziente decide di licenziarsi da quel lavoro che non l’ha mai entusiasmato. Ha l’opportunità di ricevere un’offerta lavorativa da una ditta dove aveva lavorato in precedenza. Accetta il nuovo incarico, anche per uno stipendio inferiore a quello precedente, sia perché si tratta di un lavoro professionalmente valido, sia per motivi di “interesse sociale”, perché anche quei suoi ex-colleghi sono rimasti molto legati a lui. In tale **posto di lavoro**, che *sente come una famiglia*, vuole parlare della sua **omosessualità**: ma quando alcuni colleghi gli comunicano che praticamente tutti l’avevano già capito e lo accettavano così rimane sorpreso.

- Si giunge così alla **fase conclusiva dell’analisi**. Il paziente ha trascorso circa un mese di vacanza con i suoi famigliari, organizzando per l’occasione una settimana in Giappone con la madre e la sorella, e poi una settimana in Cina con il padre. Di ritorno da questa vacanza, il paziente riferisce all’analista *un fatto inatteso e simpatico* che gli era capitato in Cina. Inoltre in uno degli ultimi incontri riporta un *sogno*.

- Il **fatto** occorsogli è il seguente: in una libreria il paziente occasionalmente trova un libro, tradotto in cinese dal giapponese, il cui titolo in inglese è “The courage to be disliked” (che in italiano potrebbe essere reso con “Il coraggio di non essere approvato, di non piacere”). Questo scritto tocca la problematica caratterizzante il suo rapporto con la madre e con l’autorità, che hanno peraltro costituito una parte notevole delle tematiche analizzate durante il lavoro terapeutico. Gli Autori del libro sono *Kishimi Ichiro* e *Koga Fumitake*: il *Primo Autore* è indicato in Google come filosofo e psicologo adleriano ed ha scritto molti libri di Psicologia Individuale. Il *Secondo Autore* è indicato come editore e traduttore.

La lettura del libro è vissuta dal paziente come una sorta di **ricapitolazione dell’analisi**: egli si rende conto che se l’avesse letto prima del percorso terapeutico non sarebbe stata la stessa cosa.

• Il **sogno**, al termine dell'analisi, è una specie di sintesi del percorso svolto e riguarda i desideri e timori, il rapporto con la madre, la ricostruzione terapeutica: il tutto riassunto con un'articolazione esistenziale di passato-presente-futuro.

Egli racconta: *stavo facendo un puzzle, l'avevo praticamente completato; l'immagine era quella di una pittura antica, bella, da incorniciare e da portare in un negozio perché il quadro fosse esposto, attaccato alla parete. Arriva mia madre che mi dice: "Non va bene così". Ella cambia i pezzi del puzzle, ma praticamente lo distrugge. Sono molto arrabbiato con mia madre.*

• Quale elaborazione conclusiva dell'analisi interculturale, Franco Maiullari ritiene che sia stata affrontata una dinamica molto "occidentale", o forse molto "mediterranea". Nel caso di specie è emersa peraltro un'accentuazione estrema del senso del dovere, di un obbligo morale che ha tenuto in particolare madre e figlio dapprima legati, e poi bloccati: in una dinamica soffocante e ripetitiva, senza uno spiraglio che abbia permesso di intravedere una futura speranza di autonomia. I genitori sono vissuti dal paziente come un "tutto" evocativo di una cultura arcaica, di *omerica memoria*, collocata peraltro alla fine del XX secolo. I suoi tentativi di liberazione hanno prodotto dei *frutti avvelenati*: della vergogna, della colpa e della depressione.

È stato utile in questo caso considerare la relazione patologica madre-figlio evocando il *mito edipico*, letto però in un'ottica adleriana: cioè in senso relazionale e non pulsionale. Si è perciò considerata non tanto la questione della seduzione infantile, quanto la questione del *potere degli adulti* nello sviluppo infantile e nella contraddizione tra linguaggio degli affetti e linguaggio delle passioni, che collocano certi disturbi relazionali primariamente a carico degli investimenti affettivi genitoriali e non, surrettiziamente, a carico di un metafisico mondo pulsionale infantile. E ciò si basa pure sull'originale lettura del *mito sofocleo* da parte dell'Autore.

Un **commento** ipersintetico ai **quattro Contributi** porta ad alcune riflessioni riferibili al *patient-therapist matching*, e quindi allo Stile Terapeutico.

• Il primo Articolo mette in rilievo la complessità della Relazione Terapeutica e soprattutto l'importanza dello Stile Terapeutico nel *matching* col paziente, anche nella *dimensione reale* riferibile alle dinamiche dei reciproci *Atteggiamenti*, nei vari momenti dell'esistenza, seguendo la *legge adleriana del movimento verso una meta*.

• L'Articolo di Egidio Marasco argomenta sugli scritti e sul pensiero non solo psicologico, ma pure psicopatologico di Dostoevskij. L'arte è un momento di immedesimazione creativa con risvolti utilizzabili in didattica e supervisione circa l'Analisi dello Stile di Vita, ma che si possono riflettere anche in una dimensione terapeutica. Adler coglie questi fattori e ce li restituisce "come se" pragmaticamente si potessero fruire appieno.

- L'Articolo di Giovanni Abbate Daga coglie in profondità gli “*agenti mutativi*” in psicoterapia, fra i quali la *persona dell'analista e le vicissitudini del coinvolgimento empatico*.

- L'Articolo di Franco Maiullari offre alcuni spunti di riflessione in cui si esplicitano: la dinamica di richiesta proiezione madre-figlio (aspirazione alla supremazia della madre come politica transgenerazionale di prestigio); l'aspetto interculturale (Orientamento di Valori in culture diverse); le preferenze sessuali. Il riconoscimento “interculturale” da parte del paziente, dopo il *fatto* del reperimento di un libro originale adleriano (tradotto dal giapponese al cinese) ed il successivo sogno che pone termine alla terapia.

V. Considerazioni

1) I significati che attengono alla teoria e alla pratica, del “*patient-therapist matching*” servono a scopi terapeutici, ma pure ad accendere una luce speciale sulla **relazione reale** che attiva il tema dell'Atteggiamento e del Contro-Atteggiamento (C./C.A.) della **coppia terapeutica**, essa diviene inoltre un complemento importante per la psicopatologia; generale, clinica e dinamica.

Ogni **matching terapeutico** ha una *linea di confine* fra ciò che è giustificato dai presupposti comunemente validi della conoscenza ed il movimento intenzionale, verso una finalità terapeutica, che inerisce allo Stile terapeutico, collaudato teoricamente, pragmaticamente e culturalmente [27]. Sicché per poter definire la relazione quale strumento per **un'attività di ricerca**, se sono importanti le regole del gioco, sono altrettanto rilevanti, se non addirittura prioritari gli **individui in campo** giacché sono essi che giocano “*de facto*” **la partita terapeutica** in senso mutativo.

2) Le condizioni in cui avviene una “psicoterapia adleriana” sono in stretto rapporto con l'**interindividualità**, modulata dalla **partecipazione vicendevole** e dalla **comunicazione** che può essere mantenuta, in modo consapevole dal terapeuta, entro determinati limiti non solo interpretativi, ma esplicativi, supportivi e soprattutto comprensivi. Nel rapporto di matching tra il paziente ed il clinico esiste, inoltre, una *interazione esistenziale e creativa* (il “*come fare*”), che va oltre ciò che è programmabile “*a tavolino*” rispetto ad una metodologia psicoterapeutica standardizzata (il “*fare come*”) [28]. Ciò che per il paziente si può chiamare “*rivelazione*” (o disvelamento) e, per il terapeuta, interpretazione (o smascheramento), chiarifica agli stessi:

- un sapere di determinate tematiche o enigmi concreti dei propri vissuti [29];
- un conoscere Sé stessi attraverso l'Altro, interindividualmente;

[27] ANDERSON, L., CARTER, J.H. (1982), Ibidem.

[28] ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale in (a cura di) *L'esperienza analitica: collettività ed individuo*, in Ind. Psychol. Dossier-I, SAIGA, Torino, pp. 93-119.

[29] JASPERS, K. (1959), Ibidem.

3) Gli obiettivi del matching psicoterapeutico si attivano attraverso disamine circa **i tre compiti esistenziali** (affettività, lavoro, socialità); l'indeterminatezza dell'esito e la problematicità mostrano le **finalità** del trattamento (vale a dire, *ciò che è possibile raggiungere*). La delimitazione dei *confini* vuole sottolineare, non l'inutilità, ma la consapevole efficacia della psicoterapia, la quale *non può sostituirsi alla vita (e di ciò che, di per se stessa, può apportare)*.

Nella revisione dello Stile di Vita, il matching psicoterapeutico è efficace quando riconosce quanto detto; può essere utile anche nei *casi difficili* (in associazione con farmaci e con strumenti riabilitativi) e con una corretta modalità di prendere in considerazione il rapporto diretto tra paziente e terapeuta [30] e le complesse dinamiche tra Atteggiamenti e Contro-Atteggiamenti.

4) Se ci si riferisce al **terapeuta** [31] (in riferimento al suo **status/ruolo**: cioè alle competenze, alle istituzioni, all'attività lavorativa), può emergere un **Atteggiamento di potere** (che si riflette sui sottosistemi dell'autostima/aspirazione alla superiorità) ciò deve essere modulato da un autentico **Atteggiamento di ruolo**, (ciò che il paziente si aspetta dal terapeuta) vale a dire attraverso una relazione empatica incoraggiante: e nel contempo quale cooperazione.

Ciò significa anche il riconoscere appieno lo **status-ruolo** del **paziente**, nell'ambito del **campo** riferibile al **matching**.

Il terapeuta dovrebbe essere consapevole che la posizione di alto/basso conferitagli dallo **status ruolo professionale** interagisce nel matching con lo **status – ruolo del paziente**: il che comporta un'asimmetria, ma al contempo una **pari dignità esistenziale**, che si propone nella coppia terapeutica quale comunicazione empatica, comprensiva e incoraggiante.

5) Come è noto il **mestiere** o il **lavoro** o la **professione** o l'**arte** o l'**identità del terapeuta** non si possono ridurre a schemi rigidi, sebbene si debbano avere regole tecniche, deontologiche ed etiche. Ed è per ciò che si riconosce valida l'esigenza che, **come il paziente**, *anche lo psicoterapeuta debba esperire su se stesso "il matching": sia attraverso un'analisi personale sia attraverso un'"analisi didattica" e sia attraverso supervisioni ricorrenti e permanenti.*

Lo **stile terapeutico** richiede, infatti, competenze multiple ed una formazione che superi i rigidi indottrinamenti (*il fare come*) e che deve maturare attraverso l'immedesimazione, l'empatia, la dinamica del A./C.A., ecc (*il come fare*).

Lo Stile del Terapeuta, attraverso il *matching*, come confronto e come incontro (A./C.A.), può influenzare positivamente il processo ed anche i risultati terapeutici. Al riguardo, le **caratteristiche del terapeuta circa i fattori più efficaci** sembrerebbero

[30] WAMPOLD, B. E. (2015), Ibidem.

[31] ROVERA, G. G. (1988), Ibidem.

essere quelle inerenti al **sentimento sociale**, alle **capacità dell'incoraggiamento** ed alla proposta di un **progetto esistenziale** attraverso un rinnovato senso della vita [32].

In **conclusione**, i movimenti del **patient-therapist matching**, implicano nell'ambito di un'Alleanza terapeutica [33], l'utilizzo di un modello che preveda la verifica delle applicazioni terapeutiche attraverso il **gioco gestaltico** degli **Atteggiamenti** e dei **Contro-Atteggiamenti** in tutte le fasi del percorso di "cura", nei quali vengono condotti gli scambi comunicativi atti a produrre un cambiamento.

[32] MICHEL, L. (1999), Ibidem.

[33] ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psic. Indiv.*, 76: 3-30.